

## ÉTAT CONFUSIONNEL ET TROUBLE DE CONSCIENCE (199)

### Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer un état confusionnel et un trouble de la conscience
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

### LES POINTS FORTS

#### **En pratique urgente, deux situations sont distinctes :**

- **Le diagnostic et la prise en charge d'un trouble de la vigilance et d'un coma :**
  - prise en charge initiale (contrôle fonctions vitales).
  - prescrire un scanner (indications : des signes de localisation ; traumatisme crânien ; céphalées brutales ; première crise d'épilepsie ; toute modification de l'état de conscience, lors de la surveillance).
  - instaurer une surveillance (mesure du score de Glasgow).
- **La confusion du patient âgé dont le diagnostic et la prise en charge concernent trois causes principales (métaboliques, iatrogènes, infectieuses).**

### 1. Introduction

- 1.1. Les critères diagnostiques de **syndrome confusionnel** associent des troubles de la conscience, apparus brutalement (quelques minutes ou heures) caractérisés par une fluctuation importante, et une altération des fonctions supérieures touchant la mémoire et l'orientation temporo-spatiale. Dans la majorité des cas la fluctuation, alternant agitation et hypoactivité, rend le diagnostic facile. En revanche quand le patient reste calme le diagnostic peut être plus difficile notamment chez le patient âgé.
- 1.2. Le **niveau de conscience** doit être qualifié. Le patient a-t-il un niveau de conscience normale, c'est à dire est-il capable de focaliser, soutenir ou déplacer son attention ? Au contraire, s'agit-il d'une *distractibilité* anormale (le patient ne peut fixer son attention qui est mobilisé par tout nouveau stimulus) d'une *obnubilation* (répond et exécute les ordres avec lenteur) d'un état *stuporeux* (les réponses verbales ou gestuelles aux stimuli extérieurs sont possibles) d'un *coma* (les seules réponses obtenues sont secondaires à des stimuli nociceptifs) ?

### 2. Prise en charge urgente initiale (malade confus ou comateux)

#### **2.1 Examen clinique : Principes**

**Interrogatoire** de l'entourage : antécédents ; traitements (ex, insuline, psychotropes, anticoagulants) ; contexte (ex, traumatisme crânien, céphalées brutales, usage de toxiques, fièvre, voyage, épilepsie), mode d'installation (rapidement progressif ou très brutal, intervalle libre).

**Examen général** à la recherche de signes généraux, infectieux, métaboliques

**Examen neurologique** : niveau de conscience ; signes de localisation ; signes méningés, signes d'orientation étiologique (tremblements, astérisis, troubles oculomoteurs intrinsèques).

#### **2.2 Examens complémentaires :**

recherche d'hypoglycémie (dextro), numération formule, ionogramme, hémostase, dosages des traitements, alcoolémie, hémocultures, gaz du sang, examen cyto bactériologique des urines, toxiques urinaires, radio de thorax, ECG

## 2.3 Thérapeutique

Contrôler les fonctions vitales : Ventilation (encombrement, dyspnée, fréquence respiratoire), tension artérielle, pouls, auscultation, température.

Poser une perfusion avec glucosé et vitamines B1B6 (1g /j) et PP (500mg/j)

Traiter les perturbations éventuelles (oxygène, intubation, ventilation, vasopresseurs, apport hydro-électrolytique).

Si l'agitation est importante, un traitement sédatif est parfois nécessaire quand il faut réaliser un examen complémentaire (ex, l'imagerie). Mesures de réassurance (paroles, attitudes) à l'égard du patient et de prudence pour les soignants. Dans l'urgence, la voie intramusculaire est souvent la seule possible, et les neuroleptiques restent le traitement de référence à adapter au poids et à l'âge du patient. Dans certains cas, comme les sevrages éthyliques, le recours aux benzodiazépines est préférable. Ce traitement sédatif impose une surveillance hémodynamique et respiratoire étroite.

## 3. Trouble de vigilance/ coma

### 3.1 Examen clinique général,

y compris examen du scalp (signes de traumatisme récent, cicatrices de lésions / intervention). **L'examen neurologique** établit un diagnostic lésionnel et détermine les éléments pronostiques :

- une *asymétrie* (motricité, tonus, réactivité à la douleur, signe de Babinski),
- *localisation* hémisphérique ou tronc cérébral,
- *raideur de nuque*
- *niveau du dysfonctionnement encéphalique*, qui conditionne le pronostic (étude de motricité oculaire intrinsèque, de la motricité oculaire réflexe, mouvements des membres réactionnels à la douleur (décortication/ décérébration), signes neurovégétatifs).

### 3.2 Indications urgentes du scanner

- Des signes de localisation
- Traumatisme crânien<sup>1</sup>
- Des céphalées brutales
- Une première crise d'épilepsie
- Une modification de l'état de conscience
- Si les principales causes non neurologiques de confusion/coma ont été exclues.

### 3.3 Surveillance régulière :

Le but est de dépister une aggravation : ***Echelles de Glasgow et Glasgow –Liège.***

#### ***Monitoring (ECG, TA, saturation.)***

Si lésion hémisphérique, trouble de vigilance / coma signifie : effet de masse, œdème, hypertension intracrânienne (HTIC), *risque d'engagement temporal.*

Causes ; traumatique (hématome extradural, sous-dural, contusion), vasculaire (hématome, ischémie, thrombophlébite), tumorale (primitive ou secondaire), infectieuse (abcès). Si lésion de la fosse postérieure, trouble de vigilance / coma signifie soit un blocage sur les voies d'écoulement, soit un effet de masse sur le tronc cérébral. Un geste chirurgical (valve de dérivation) dépend de la cause et de l'imagerie.

### 3.4 Dosages sanguins et urinaires

nécessaires devant tout coma inexplicé : causes toxiques ou iatrogènes.

---

<sup>1</sup> cf chapitre évaluation de la gravité et recherche de complications précoces chez un traumatisé cranio-facial

#### 4. Confusion du sujet âgé

Les *causes principales* sont métaboliques, iatrogènes, infectieuses.

##### 4.1 Encéphalopathies métaboliques ou endocriniennes.

Le contexte, les traitements associées, les examens complémentaires initiaux permettent d'identifier puis de traiter les causes suivantes :

- Carences / Déshydratation / hyper hydratation intracellulaire / hypokaliémie / l'hyper ou hypocalcémie / hypoglycémie / décompensations acido-cétosique ou hyperosmolaire du diabète / troubles de l'équilibre acido-basique / anémie / hypoxie / hypercapnie / insuffisance hépatique ou rénale grave. Un *astérixis*, (flapping tremor, mouvements, lents, irréguliers et de grande amplitude, de flexion et d'extension des poignets, des doigts) peut être évocateur d'une encéphalopathie hépatique, respiratoire ou rénale.
- Une confusion peut révéler une dysthyroïdie : *dosage systématique de la TSH.*

##### 4.2 Confusion fébrile : Causes infectieuses et autres.

Sont évoquées devant une **fièvre**. Toute cause de fièvre par exemple, une infection pulmonaire ou urinaire peut être seule responsable d'une confusion chez le sujet âgé. Les examens pratiqués systématiquement sont **numération de la formule sanguine, vitesse de sédimentation, CRP et fibrinogène, trois hémocultures, examen cyto bactériologique des urines et radiographie thoracique.**

Une **méningite, une méningo-encéphalite**, en sachant que les signes méningés (raideur de nuque) peuvent manqués. **La ponction lombaire est nécessaire en l'absence de contre-indications** (a) trouble de hémostasie, plaquettes, b) es signes de localisation neurologique imposent un scanner préalable.

**Une confusion fébrile prolongée, résistante au traitement** fait rechercher un foyer infectieux profond ; endocardite ou un abcès.

**Une confusion avec hypothermie** évoque un état de choc septique à bacille gram négatif.

##### **Autres causes de confusion fébrile :**

Pathologie générale : arthrite micro cristalline / maladie de Horton.

Causes toxiques : neuroleptiques, anti-cholinergiques ; sevrage alcoolique.

##### 4.3 Causes iatrogènes

Tout médicament est potentiellement source de confusion. Les changements de **posologie / associations** sont souvent responsables. **Prévention** : vérifier que l'état cognitif du patient, son entourage permette une prise adéquate des traitements prescrits

Traitements à "haut risque" : anti-cholinergiques, benzodiazépines, anti-comitiaux, corticoïdes, L-dopa, agonistes dopaminergiques, antihistaminiques H2, digoxine, fluoroquinolones, lithium. Une ataxie, une dysmétrie, un tremblement peuvent évoquer une cause iatrogène ou toxique. Une mydriase bilatérale peut être due à une intoxication anticholinergique ou sympathicomimétique.

**Sevrages** aux barbituriques, benzodiazépines ou opiacés.

##### 4.4 Causes générales

Un syndrome douloureux, une rétention urinaire, un fécalome, une embolie pulmonaire, un trouble du rythme peuvent être révélés par une confusion : toute confusion rend nécessaire un examen clinique général.

#### 4.5 Confusion et démence.

Le diagnostic de confusion peut être difficile **chez un patient ayant une démence** connue. Il est nécessaire d'informer l'entourage afin que toute modification aiguë du comportement soit suspecte de confusion et fasse donc rechercher sa cause curable (infectieuse, métabolique, iatrogène).

Un épisode de confusion est parfois **signe inaugural d'une démence** ; une fois la cause de la confusion traitée il est nécessaire de revoir le patient afin d'évaluer ses fonctions cognitives pour mettre en évidence un possible syndrome démentiel débutant.

### 5. Confusion et autres contextes

#### 5.1 Confusion + céphalée brutale :

***hémorragie méningée***, imagerie et ponction lombaire si scanner normal.

***thrombophlébite cérébrale***. Le contexte peut être évocateur : les signes focaux bilatéraux ou à bascule, le « terrain » femme enceinte, troubles connus de la coagulation. IRM, images de flux permettent le diagnostic.

***Avec fièvre ; Méningite et méningoencéphalite***. Scanner cérébral puis Ponction lombaire urgente pour instauration du traitement.

#### 5.2 Carences en vitamine B1 et PP :

**doivent être** évoquées de principe. **Prévention** par un apport systématique en vitamines B1B6 (1g par jour) et en PP (500mg par jour), chez tout patient dénutri ou éthyliste chronique, sans « attendre » les signes suivants :

troubles oculomoteurs, signes cérébelleux, troubles de la marche :  
encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

atteinte cutanée (desquamation, glossite) + signes extrapyramidaux + digestifs :  
évocateurs de pellagre.

#### 5.3 Toxiques.

**Alcool**. Ivresse. **Attention !** ne pas attribuer trop facilement la confusion à l'ivresse, d'autres **causes intriquées**, traumatique, hypoglycémie peuvent être responsables.

**Sevrage** : faire le diagnostic au stade de pre-delirium (sueurs, anxiété, tremblements) sans attendre le delirium tremens : confusion, délire onirique (hallucinations), agitation, troubles de la marche, de la parole, signes généraux avec fièvre, déshydratation et risque de collapsus.

**Toxicomanies, Opiacés** (pupilles en myosis).

**Intoxication au CO.**

#### 5.4 Epilepsie.

**Confusion post-critique** ; Signes évocateurs : anamnèse ; morsure latérale de la langue, douleurs musculaires diffuses, pétéchies du cou et haut du tronc ; luxation postérieure de l'épaule ; CPK augmentées.

**Crise d'épilepsie partielle complexe** ; EEG

**Etat de mal épileptique non convulsivant** ; clonies des doigts, des globes oculaires ; mâchonnements ; EEG est déterminant.

**Attention !** : Si le coma ou la confusion post-critique durent, il faut envisager une autre cause et faire le **scanner** recherchant soit la lésion cérébrale elle-même cause de la crise, soit un traumatisme secondaire (hématome, contusion) à la chute par crise violente.

## 6. Confusion de cause psychiatrique.

A n'envisager qu'après avoir éliminé les étiologies organiques.

Attention ! ne pas "oublier" les causes organiques, en particulier iatrogènes, chez un patient aux antécédents psychiatriques.

En faveur **d'une étiologie organique** : onirisme, avec des hallucinations ou illusions, qui sont essentiellement visuelles ; le thème est non spécifique (souvent en rapport avec les préoccupations actuelles). Le délire onirique n'est pas systématisé. Absence d'idée d'influence ou de phénomène d'automatisme mental.

En faveur **d'une étiologie psychiatrique** : polymorphisme des mécanismes délirants ; hallucinations auditives ; multiplicité des thèmes.